บทความวิจัย

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงสำหรับผู้ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่บ้าน

An Application of King's Theory of Goal Attainment for Family Caregivers to Prevent Complications among New Case of Stroke

Received: May 31, 2020
Revised: Jul 1, 2020
Accepted: Jul 10, 2020

แสงระวี มณีวรรณ พย.ม. (Sangrawee Maneewan, M.N.S.)[1]
อาภาพร เผ่าวัฒนา Ph.D. (Arpaporn Powwattana, Ph.D.)[2]
วีณา เที่ยงธรรม ส.ด. (Weena Thiangtham, Dr.P.H.)[3]
ยงชัย นิละนนท์ ว.ว. (Yongchai Nilanon, M.D.)[4]

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก จากข้อมูลที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับบ้านระยะหนึ่งก็ต้องกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์การวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแลโดยที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่บ้าน

ระเบียบวิธีวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นผู้ป่วยรายใหม่ซึ่งจะจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย โดยมีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของบาร์เทล (The Barthel Activities of Daily Living Index) น้อยกว่า 70 คะแนน และอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 50 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 25 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 25 คน กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมจะได้รับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นำทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงมาประยุกต์ใช้เป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยผู้วิจัย ในระยะก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปกรแกรมและระยะติดตามผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi square, Fisher test, Wilcoxon Singed Ranks Tests และ Mann Whitney Test

ผลการวิจัย: ผลการวิจัยพบว่า เมื่อสิ้นสุดการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ทั้งระยะหลังเข้าร่วมโปรแกรมและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

[1]*นักศึกษาหลักสูตร พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: sangrawee_ns@hotmail.com*
[2]*Corresponding author รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ E-mail: arpaporn.pow@mahidol.ac.th*
[3]*รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: weena.thi@mahidol.ac.th*
[4]*นายแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านระบบประสาทและสมอง คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช E-mail: yongchai.sae@mahidol.ac.th*
[1-3]*Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, Thailand*
[4]*Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand*

สรุปผล: ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงสามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกวิธี มีความต่อเนื่อง และสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

ข้อเสนอแนะ: ควรมีการนำโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสม ต่อเนื่องและสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง, ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, ภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

Introduction: Stroke is the second leading cause of death worldwide. Previous data reveal that most stroke patients re-hospitalize to get treatment again after being discharged shortly and the most common cause of rehospitalization was complications.

Research objectives: This quasi-experimental study aimed to explore the effects of a stroke patient care program for new caregivers. This program was guided by the King's Theory of Goal Attainment. This program had the goal attainment to prevent complications among new cases of stroke at home.

Research methodology: Participants of the study were as follows: (a) caregivers of new stroke patients being discharged from stroke unit; (b) score of the Barthel activities of daily living index was less than 70; and (c) living in Bangkok. Fifty participants were recruited to control and experimental groups, 25 for each group. The experimental group received a care program for new stroke patients guided by the King's Theory of Goal Attainment for over a period of seven weeks. Data were collected using a questionnaire and observation to assess preventive behavior against stroke complications before participation in the program (pre-test), after participation (post-test), and follow-up. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, independent t-test, chi square, Fisher's test, Wilcoxon Signed Ranks tests, and the Mann Whitney test.

Results: Findings showed that mean scores of preventive behavior against stroke complications at pre-test, post-test, and follow-up were statistically significantly different ($p<.05$). To compare between the two groups at pre-test, post-test, and follow-up, there were statistically significantly different ($p< .05$).

Conclusions: Findings demonstrated that the program guided by the King's Theory of Goal Attainment can constantly enhance the correct behaviors of caregivers of stroke patients and be able to prevent stroke complications.

Implications: There should be the use of home nursing care program guided by the King's Theory of Goal Attainment along with caregivers' participation to promote appropriate and consistent caring behaviors in caring for patients with stroke and preventing the complications.

Keywords: stroke, caregivers of stroke patients, stroke complications

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะที่สมองขาดเลือดไปหล่อเลี้ยง ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงตีบ ตัน หรือแตก ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก (World Stroke Organization: WSO)[1] รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก มีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก 17 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6.5 ล้านคน สำหรับในประเทศไทย พบว่าอัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมอง ต่อประชากรแสนคน ในปี 2559 เท่ากับ 48.13 และในปี พ.ศ. 2560 เท่ากับ 47.80[2] จากข้อมูลสถิติย้อนหลัง 10 ปี (พ.ศ. 2547-2556) ของโรงพยาบาลศิริราชพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในมีประมาณ 800-1,100 รายต่อปี และมีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยในปี พ.ศ. 2547 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาประมาณ 900 ราย และเพิ่มเป็น 1,100 ราย ในปี พ.ศ. 2555 และมีจำนวน 1,000 ราย ในปี พ.ศ. 2556[3]

จากสถิติย้อนหลัง 3 ปี ของงานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลศิริราชพบว่า การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับหนึ่งของการเยี่ยมบ้านทั้งหมด และมีอัตราการเพิ่มขึ้นทุกปีจากร้อยละ 12.86 (พ.ศ. 2556) เพิ่มเป็นร้อยละ 18.84 (พ.ศ. 2558)[4] ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาตรวจรักษาที่โรพยาบาลศิริราชจะได้รับการพักรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) และก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ทางหอผู้ป่วยได้มีการวางแผนจำหน่าย (discharge planning) มีการประเมินผลความรู้ ความสามารถของผู้ดูแล ในกรณีที่พยาบาลในหอผู้ป่วยประเมินความสามารถของผู้ดูแลเบื้องต้นแล้ว อาจมีปัญหาการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ทางหอผู้ป่วยจะประสานงานกับหน่วยการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหากขาดความรู้และทักษะที่ถูกต้องจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ คือการเกิด ปอดอักเสบจากการสำลัก การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และการเกิดแผลกดทับ จากการทบทวนวรรณกรรม[5-13] เกี่ยวกับโปรแกรมที่จัดทำในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่จะเน้นการพัฒนาความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้ โดยจะให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง เช่น สาเหตุของโรค อาการและอาการแสดง การดำเนินการของโรค ความรุนแรงของโรค การรักษาพยาบาล ผลกระทบและปัญหาที่มักเกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมอง หลังจากให้ความรู้แล้วผู้ดูแลต้องได้รับการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการให้ความรู้และฝึกทักษะส่วนใหญ่จะมีการสอนและสาธิตการดูแลผู้ป่วย เช่น การเช็ดตัวผู้ป่วย การทำความสะอาดปากฟันและอวัยวะสืบพันธุ์ การให้อาหารทางสายยางและการดูดเสมหะ ซึ่งการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลจะเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หลังจากนั้นมีการเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแล ซึ่งพบว่าหลังการทดลองกลุ่มผู้ดูแลมีความรู้ มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้นกว่าก่อนเริ่มโปรแกรม[5-6] แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาผลของโปรแกรมในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ แต่ยังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาในระยะติดตามผลมากกว่า 2 สัปดาห์ อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านเวลา จากข้อมูลที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับบ้านสักระยะหนึ่งก็ต้องกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมและควบคุมภาวะของโรคได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีหลายวิจัยที่นำทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงมาประยุกต์ใช้กับโรคเรื้อรังต่าง ๆ โดยมีการติดตามประเมินความคงทนของกิจกรรม 2 ครั้ง คือ สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 9 หลังการทดลอง จากการศึกษาของ Patanan, Namjuntra และ Supametaporn[14] พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงหลังการทดลอง 1 และ 9 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Panadda[15] ที่ศึกษาผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีการติดตามผลหลังการทดลอง 2 ครั้งคือ หลังการทดลอง 1 และ 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังการทดลอง 1 และ 4 สัปดาห์ ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ (p< .001)

ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีคิงเพื่อการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่บ้าน เนื่องจากทฤษฎีนี้สามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมเมื่อเวลาผ่านไป ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ศึกษาในงานวิจัยนี้ คือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ที่เกิดจากการขาดเลือด (ischemic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออก (hemorrhagic stroke) เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 2 ชนิดเมื่อเกิดขึ้นกับผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยจะสูญเสียหรือไร้ความสามารถ (disability) ในการทำกิจกรรมเหมือนกัน และเมื่อผู้ป่วยเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันก็จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน คือ ปอดอักเสบจากการสำลัก การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และการเกิดแผลกดทับ ผู้วิจัยคาดหวังว่าการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้จากโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของ King[16] จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นภายใต้บริบทสิ่งแวดล้อมและความสามารถของผู้ดูแล

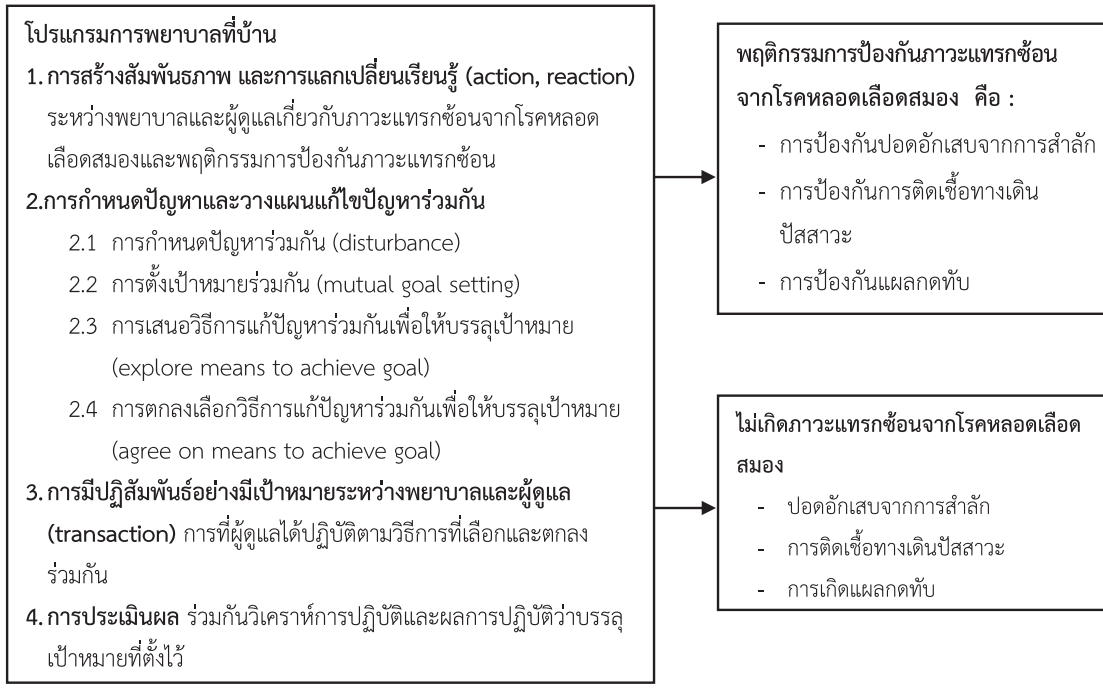
วัตถุประสงค์ของวิจัย

ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงเพื่อให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่บ้าน

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม หลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

2. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

3. ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากผู้ดูแลที่ประยุกต์ทฤษฎีคิงไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังสิ้นสุดโปรแกรมและระยะติดตามผล

ระเบียบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบ 2 กลุ่ม ทดสอบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (two group pre-post design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (reference population) คือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นผู้ป่วยรายใหม่ ซึ่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย acute stroke unit โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง (sample) คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นผู้ป่วยรายใหม่ เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย acute stroke unit โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจาก power analysis โดยมีการคำนวณค่า effect size (d = 14.94) กำหนดให้ค่าอิทธิพลมีขนาดใหญ่ (effect size) = .80, α =.05 Power (1- β) = .80 และทำการเปิดตาราง power tables สำเร็จรูป ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางสังคมและทางกฎหมายกับผู้ป่วย อายุ 20 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยในการศึกษานี้เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ยังไม่เคยเข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน มีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของบาร์เทล (The Barthel Activities of Daily Living Index) เท่ากับ 0-70 คะแนน เกณฑ์คัดออกคือ ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการแย่ลงจนต้องกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือย้ายที่อยู่ที่ไม่สามารถติดต่อได้

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วย acute stroke unit โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เพื่อขอรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย คัดกรองผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจากเวชระเบียนผู้ป่วยและสอบถามข้อมูลจากเจ้าหน้าที่พยาบาลในหอผู้ป่วย

2. นำรายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คัดเลือกหากลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุด ในเรื่องระดับคะแนน barthel index (0-70) โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือคัดกรองกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และการรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือคัดกรองกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือด ใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของบาร์เทล (The Barthel Activities of Daily Living Index) ซึ่งเป็นการประเมินความสามารถด้านการทำกิจวัตรประจำวันที่สร้างโดย Barthel และ Mohoney มีคะแนนดังนี้

0-20 หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย

25-45 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย

50-70 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง

75-95 หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก

100 หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด

โดยที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติเหมาะสมสอดคล้องกับเกณฑ์คัดเข้าต้องมีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 70 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลางจนถึงไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เลย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วยโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงเพื่อ

การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง และได้รับการตรวจสอบความเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งโปรแกรมมีการพยาบาลที่บ้าน 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 ครั้งละ 60 นาที ดังนี้

- การพยาบาลที่บ้านครั้งที่ 1 มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพ แลกเปลี่ยนข้อมูลการรับรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงจากโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับผู้ดูแล เน้นการตั้งเป้าหมาย การหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน และการปฏิบัติเพื่อให้ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน

- การพยาบาลที่บ้านครั้งที่ 2 มุ่งเน้นการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค หาแนวทางการแก้ปัญหาร่วมกันในประเด็นที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย

- การพยาบาลที่บ้านครั้งที่ 3 เพื่อประเมินและติดตามพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ดูแล โดยส่งเสริมให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ดูแลปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง รวมถึงส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการกำหนดเป้าหมายและมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกันระยะยาว

นอกจากนี้ยังมี เอกสารประกอบการจัดทำโปรแกรม ได้แก่ คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินการกลืน Toronto bedside swallowing test และแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

3.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว รายได้โดยรวมของครอบครัว ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย และสุขภาพโดยรวมของผู้ดูแล

3.2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล การใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ และการวินิจฉัยโรค

3.3 แบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน ใช้ในการช่วยประเมินว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือไม่ ประกอบด้วย

3.3.1 แบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดปอดติดเชื้อ เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นโดย Hongsoi, Kunsongkeit และ Masingboon[6] ซึ่งเป็นคำถามแบบเลือกตอบควบคู่กับการประเมินสภาพผู้ป่วยที่พบ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงจำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 2 อาการและอาการแสดง จำนวน 5 ข้อ เกณฑ์การประเมินหากพบความผิดปกติเกี่ยวกับอาการ และอาการแสดง 2 ข้อขึ้นไป ร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค 1 ปัจจัยขึ้นไป ให้แนะนำผู้ดูแลนำผู้ป่วยไปรับการตรวจวินิจฉัยที่โรงพยาบาล (CVI = 1.00)

3.3.2 แบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นโดย Hongsoi, Kunsongkeit และ Masingboon[6] ซึ่งเป็นแบบคำถามแบบเลือกตอบควบคู่กับการประเมินสภาพผู้ป่วยที่พบ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดการติดเชื้อจำนวน 5 ข้อ และส่วนที่ 2 อาการและอาการแสดง 2 ข้อขึ้นไป ร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค 1 ปัจจัยขึ้นไป ให้แนะนำผู้ดูแลนำผู้ป่วยไปรับการตรวจวินิจฉัยที่โรงพยาบาล (CVI = 1.00)

3.3.3 แบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ จะใช้ซึ่งแบบประเมินของบราเดน ซึ่งเป็นแบบประเมินที่นำมาแปลเป็นภาษาไทย โดย อัญชนา ท้วมเพิ่มผล โดยมีการประเมินทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ การรับความรู้สึก (sensory perception) ความชื้นของผิวหนัง (skin moisture) ความสามารถในการทำกิจกรรม (activity) ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย (mobility) ภาวะโภชนาการ (nutrition) แรงเสียดสีและแรงเฉือน (fiction) ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 6-23 คะแนน มีการแปลผลช่วงคะแนนดังนี้

19-23 คะแนน	ไม่มีความเสี่ยง
15-18 คะแนน	มีความเสี่ยง
13-14 คะแนน	มีความเสี่ยงปานกลาง
10-12 คะแนน	มีความเสี่ยงสูง
6-9 คะแนน	มีความเสี่ยงสูงมาก

ในกรณีที่ใช้แบบประเมินของบราเดนกับผู้สูงอายุ ถ้าคะแนนประเมิน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 18 คะแนน เริ่มมีความเสี่ยง

3.4 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย

3.4.1 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันปอดอักเสบจากการสำลัก ลักษณะแบบสอบถามแบ่งเป็น กรณีที่ผู้ป่วยใส่สายยางให้อาหารและไม่ใส่สายยางให้อาหาร มีข้อคำถามอย่างละ 5 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามคือให้เลือกเป็นความถี่ในการปฏิบัติ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ลืมไม่บ่อย ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย (CVI = 0.87 และมีค่า internal consistency reliability แยกตามกลุ่มที่ให้อาหารทางสายยาง = .990 และกลุ่มที่ไม่ให้อาหารทางสายยาง = .961)

3.4.2 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ลักษณะแบบสอบถามแบ่งเป็นกรณีที่ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ ผู้ป่วยสวนปัสสาวะทิ้งเป็นครั้งคราว และกรณีที่ผู้ป่วยสวมผ้าอ้อมอนามัย มีข้อคำถามอย่างละ 5 ข้อ ให้เลือกเป็นความถี่ในการปฏิบัติ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติ (CVI = 0.98 และ มีค่า internal consistency reliability แยกตามกลุ่มที่คาสายสวนปัสสาวะ = .891 กลุ่มผู้ป่วยที่สวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว = .976 และกลุ่มที่สวมผ้าอ้อมอนามัย = .904)

3.4.3 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับ มีข้อคำถาม 20 ข้อ ให้เลือกเป็นความถี่ในการปฏิบัติ ได้แก่ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย (CVI = 1.00 และ มีค่า internal consistency reliability = .843)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน รหัสโครงการ 269/2560 (EC4)MOU เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ Si 533/2017

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการให้ผู้แลตอบแบบประเมินข้อมูลส่วนตัวด้วยตนเองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ส่วนแบบประเมินข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย แบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน และแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยจะประเมินผู้ป่วยและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้วยตนเอง โดยจะเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ส่วนหลังเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 7 ผู้วิจัยจะประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน และแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ Independent t-test, Chi square และ Fisher exact test ในการเปรียบเทียบคุณลักษณะทั่วไปและทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ Wilcoxon Singed Ranks Tests และ Mann Whitney Test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแลกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม มีอายุต่ำสุด 28 ปี และสูงสุด 78 ปี มีอายุเฉลี่ย 48 ปี ในกลุ่มเปรียบเทียบ มีอายุต่ำสุด 35 ปี และสูงสุด 68 ปี อายุเฉลี่ย 52 ปี ทั้งกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ระดับการศึกษาของทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี กลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย ทั้งกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวที่ 30,000-40,000 บาท กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่มีรายได้โดยรวมของครอบครัวคือ พอใช้แล้วมีเหลือเก็บ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีรายได้โดยรวมของครอบครัว คือ พอใช้ไม่มีเหลือเก็บ ทั้งกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบโดยส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบมีสุขภาพโดยรวมคือ แข็งแรงดี

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะทั่วไประหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว รายได้โดยรวมของครอบครัว ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลของผู้ป่วย สุขภาพโดยรวมของผู้ดูแลไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p> .05)

ส่วนที่ 2 คุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

มีอายุต่ำสุด 50 ปี และสูงสุด 87 ปี มีอายุเฉลี่ย 70

ผู้ป่วยในกลุ่มเปรียบเทียบ มีอายุต่ำสุด 53 ปี และสูงสุด 90 ปี อายุเฉลี่ย 57 ปี ผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สิทธิการรักษาใหญ่ใช้สิทธิเบิกตรง ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (Barthel 0-20) ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาลในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบประมาณ 10 วัน ผู้ป่วยทั้งกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่จะใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยส่วนใหญ่จะใส่สายให้อาหารทางสายยาง รองลงมาคือ การใส่สายสวนปัสสาวะ และผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Ischemic Stroke

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะทั่วไประหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล การใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ และการวินิจฉัยโรคไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันปอดอักเสบจากการสำลัก การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การป้องกันแผลกดทับสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 ผลการทดสอบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้ Wilcoxon Singed Ranks Tests

	จำนวน (คน)	Sum of Rank	Z	p-value(1-tailed)
การป้องกันปอดอักเสบจากการสำลัก				
คะแนน (ก่อน-หลัง)			-4.22	< .001
ตำแหน่งที่เป็นลบ	0	.00		
ตำแหน่งที่เป็นบวก	23	276.00		
ค่าซ้ำ	2			
การป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ				
คะแนน (ก่อน-หลัง)			-3.559	< .001
ตำแหน่งที่เป็นลบ	0	.00		
ตำแหน่งที่เป็นบวก	16	136.00		
ค่าซ้ำ	9			
การป้องกันการเกิดแผลกดทับ				
คะแนน (ก่อน-หลัง)			-4.112	< .001
ตำแหน่งที่เป็นลบ	0	.00		
ตำแหน่งที่เป็นบวก	22	253.00		
ค่าซ้ำ	3			

** $p < .05$

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมในระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล โดยใช้ Wilcoxon Singed Ranks Tests

	จำนวน(คน)	Sum of Rank	Z	p-value (1-tailed)
การป้องกันปอดอักเสบจากการสำลัก				
คะแนน (ก่อน-หลัง)			-4.112	< .001
ตำแหน่งที่เป็นลบ	0	.00		
ตำแหน่งที่เป็นบวก	22	253.00		
ค่าซ้ำ	3			
การป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ				
คะแนน (ก่อน-หลัง)			-3.552	< .001
ตำแหน่งที่เป็นลบ	0	.00		
ตำแหน่งที่เป็นบวก	16	136.00		
ค่าซ้ำ	9			
การป้องกันการเกิดแผลกดทับ				
คะแนน (ก่อน-หลัง)			-4.207	< .001
ตำแหน่งที่เป็นลบ	0	.00		
ตำแหน่งที่เป็นบวก	23	276.00		
ค่าซ้ำ	2			

** p< .05

ตารางที่ 3 ผลการทดสอบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มที่เข้าร่วม โปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบในระยะติดตามผล โดยใช้ Mann Whitney Test

	จำนวน (คน)	Mean Rank	Sum of Rank	Z	p-value (1-tailed)
การป้องกันปอดอักเสบจากการสำลัก					
กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม	25	38	950.0	-6.354	< .001
กลุ่มเปรียบเทียบ	25	13	325.0		
การป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ					
กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม	25	34.74	868.50	-5.078	< .001
กลุ่มเปรียบเทียบ	25	16.26	406.50		
การป้องกันการเกิดแผลกดทับ					
กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม	25	35.70	892.50	-4.962	< .001
กลุ่มเปรียบเทียบ	25	15.30	382.50		

**p< .05

ผลการศึกษาพบว่า ในระยะติดตามผล ผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันปอดอักเสบจากการสำลัก การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การป้องกันแผลกดทับสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันปอดอักเสบจากการสำลัก การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การป้องกันแผลกดทับในระยะติดตามผลสูงกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 4 การเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนจำแนกตามการเกิด ปอดอักเสบจากการติดเชื้อ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และการเกิดแผลกดทับ ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ

คุณลักษณะทั่วไป	กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม (n=25)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=25)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ปอดอักเสบจากการสำลัก				
ไม่เกิดการติดเชื้อ	25	100	18	72
เกิดการติดเชื้อ(โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์)	-	-	5	20
น่าจะเกิดการติดเชื้อ (ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์	-	-	2	8
2. การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ				
ไม่เกิดการติดเชื้อ	24	96	21	84
เกิดการติดเชื้อ(โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์)	-	-	3	12
น่าจะเกิดการติดเชื้อ (ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์	1	4	1	4
3. การเกิดแผลกดทับ				
ไม่เกิดแผลกดทับ	25	100	24	96
เกิดแผลกดทับ	-	-	1	4

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมไม่เกิดปอดอักเสบจากการสำลัก และไม่เกิดแผลกดทับ แต่สงสัยอาจจะเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์) ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

หมายเหตุ : เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนคือ ปอดอักเสบจากการสำลัก และเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ จะใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ปอดและการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ โดยในรายละเอียดของแบบประเมินจะระบุไว้ หากพบความผิดปกติของอาการและอาการแสดง 2 อาการขึ้นไปร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 1 ปัจจัยขึ้นไป ก็จะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเพื่อที่จะได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องและการรักษาต่อไป

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันปอดอักเสบจากการสำลัก การป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ หลังการทดลอง และระยะติดตามผลภายในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$) และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันปอดอักเสบจากการสำลัก

หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$) แสดงให้เห็นว่า การให้โปรแกรมที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงมี ผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ การป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก การป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และการป้องกันการเกิดแผลกดทับของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่บ้าน ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการโดยให้การพยาบาลที่บ้าน มุ่งเน้นการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อการรับรู้ที่ตรงกัน ซึ่งทำให้ได้ข้อมูลการรับรู้ที่ตรงตามความต้องการของผู้ดูแล และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมในการกำหนดปัญหา ซึ่งคิดว่าเป็นปัญหาที่สำคัญและตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน ตามความสามารถที่ตนเองปฏิบัติได้ภายใต้บริบทสิ่งแวดล้อมของครอบครัว จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ในที่สุด ซึ่งโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 3 โดยการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพ ประเมินสภาพผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งการเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มที่เข้าร่วมโครงการและครอบครัว จะทำให้เกิดความไว้วางใจมากขึ้น ส่งผลให้การติดต่อสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลมีประสิทธิภาพมากขึ้น นำไปสู่การกำหนดปัญหา การแก้ปัญหาร่วมกัน (mutual goal setting) ระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งมีเป้าหมายหลักคือ การป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และการเกิดแผลกดทับ โดยมีเป้าหมายย่อย คือ การมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และมีการเลือกวิธีปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนตามความต้องการของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม

ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 และ 3 ผู้วิจัยและกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมได้ร่วมกันประเมินผล โดยประเมินผลถึงพฤติกรรมการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก การป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และการป้องกันแผลกดทับ (ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1) และบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกแผนกิจกรรม เพื่อประเมินเป้าหมายที่กำหนดไว้บรรลุหรือไม่ นอกจากนี้มีการประเมินอาการของผู้ป่วยที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ (อาการของปอดอักเสบจากการสำลักอาการของติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และการเกิดแผลกดทับ) มีการส่งเสริมให้กำลังใจเมื่อกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย เพื่อส่งเสริมให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ประเด็นที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ได้มีการสอบถามข้อมูลจากผู้ดูแลเพิ่มเติมเพื่อนำมาวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค หาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ทำให้กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมได้รับทราบข้อมูลสะท้อนกลับ เกิดการเรียนรู้และนำผลการประเมินไปปรับเปลี่ยนต่อไป ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่ใช้ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงมาประยุกต์ใช้กับการควบคุมพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ Thanumoh, Oba และTansupasawadikum[17] พบว่า หลังได้รับโปรแกรมความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และมีความดันโลหิตซีสโตลิคต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .01$) นอกจากนี้ผลการศึกษาของผู้วิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Patanan, Namjuntra และ Supametaporn[14] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลอง 1 และ 9 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และกลุ่มทดลองมีระดับความดันซีสโทลิคหลังการทดลองที่ 1 และ 9 สัปดาห์ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .05 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการพยาบาลที่บ้านที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง ช่วยให้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมโรคได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Saraiva[18] ที่ศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับภาวะโรค และมีพฤติกกรมการรับประทานยาดีกว่ากลุ่มควบคุม

จากผลการศึกษาเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการติดเชื้อ การป้องกัน

การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และการเกิดแผลกดทับของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม หลังการทดลอง และระยะติดตามผล จะเห็นว่ามีค่าสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะเวลาที่เท่ากัน และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$) แม้กลุ่มเปรียบเทียบจะมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองเล็กน้อย แต่ไม่แตกต่างกันในระยะติดตามผล เนื่องจากกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการพยาบาลวางแผนจำหน่ายก่อนออกจากหอผู้ป่วย โดยได้รับความรู้และฝึกทักษะจากพยาบาล แต่การได้รับความรู้ที่โรงพยาบาลโดยไม่มีการแลกเปลี่ยนการรับรู้ระหว่างผู้ดูแล ผู้ดูแลไม่มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและวิธีการให้บรรลุเป้าหมายในแต่ละด้าน นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่า โปรแกรมการพยาบาลที่บ้าน ซึ่งประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง ทำให้กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน อันได้แก่ การเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และการเกิดแผลกดทับ ในแต่ละด้านดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งจะเห็นว่ากลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในเรื่อง ปอดอักเสบจากการสำลัก และการเกิดแผลกดทับ ส่วนในเรื่องการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมจากการประเมินพบว่า มีโอกาสติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจำนวน 1 ราย ซึ่งมีน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการพยาบาลที่บ้าน ซึ่งประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง ซึ่งมีขั้นตอน การสร้างสัมพันธภาพ การติดต่อสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลการรับรู้ การค้นหาปัญหาและกำหนดเป้าหมายการแก้ปัญหาร่วมกัน มีการเลือกวิธีปฏิบัติในการแก้ไขปัญหา และนำสู่การปฏิบัติตามบทบาทของตน มีการประเมินร่วมกันเป็นระยะโดยผู้ดูแลทุกขั้นตอน โดยสิ่งที่สำคัญที่สุดของโปรแกรมนี้ คือ การที่ทำให้ผู้ดูแลเห็นและเข้าใจถึงปัญหาจริง ๆ เพื่อที่จะนำมาสู่ความพร้อมที่จะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และการเกิดแผลกดทับ ที่ถูกต้องต่อเนื่องและคงทนส่งผลให้ผู้ป่วยในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมไม่เกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ไม่เกิดการเกิดกดทับ และเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งสามารถสนับสนุนข้อเสนอของคิงที่กล่าวว่า กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ ถ้ามีการรับรู้ที่ถูกต้องและตรงกันย่อมเกิดการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย และการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย จะดำเนินไปสู่เป้าหมายได้ต้องมีการกำหนดเป้าหมายและเลือกวิธีที่จะใช้ดำเนินการไปสู่เป้าหมายระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ เมื่อพยาบาลและผู้รับบริการมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายแล้ว ย่อมบรรลุตามเป้าหมายและเมื่อบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้แล้ว การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพย่อมเกิดขึ้น[15]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงไปใช้เพื่อให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสม ต่อเนื่อง และสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

2. บุคลากรทีมสุขภาพสามารถประยุกต์โปรแกรมการพยาบาลที่บ้าน ซึ่งประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง ร่วมกับการมีส่วนของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

3. ควรมีการสอนสาธิตการบริหารกล้ามเนื้อรอบปาก ลิ้นให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทุกราย

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง โดยมีการติดตามในระยะยาวอย่างน้อย 6 เดือน หลังสิ้นสุดการทดลองเพื่อประเมินผลการคงอยู่ของพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. ควรมีการทดสอบโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านโดยประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง ร่วมกับการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อแบ่งเบาภาระของผู้ดูแลหลักในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องมีการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมและต่อเนื่องระยะยาว เพื่อการควบคุมภาวะโรค และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

References

1. World Stroke Organization. World Stroke Day [Internet]. 2014a. [cited 2017 May 19]. Available from: http://www. Worldstrokecampaign.org Accessed.
2. Division of Non Communicable Diseases. Annual Report 2018 [Internet]. 2016 [cited 2019 August 21]. Available from: http://thaincd.com/document/file/download/paper-manual/ Annual-report-2019.pdf 2562
3. Statistics of disease prevention and health promotion nursing. Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University. Bangkok: Mahidol University; 2015.
4. Siriraj Stroke Center Statistics. Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University. Bangkok: Mahidol University; 2013.
5. Srijumnong N, Rawiworakul Tassanee R, Lagumpan S, Malathum P. The effects of a self-efficacy promotion program for family caregivers of persons with stroke at home. Journal of Boromarajo-nani College of Nursing, Bangkok 2010;26(1):28-43.
6. Hongsoi S, Kunsongkeit W, Masingboon K. The effect of the program on promoting caregivers' abilities on caring ability of caregivers ability to do activities and the occurrence of complications in ischemic stroke patients. Journal of Community Development and Quality of Life 2013;1(1): 77-89.
7. Nipaphat P. The effect of supportive education system on nursing care ability of caregivers of stroke patients. [Master of Nursing Science Thesis] Chiang Mai: Chiang Mai University; 2005.
8. Chanchai A. The effect of using the care program for stroke patients on the level of knowledge and skills in caring for patients. Level of ability to perform daily activities Rate of complications and the satisfaction level of care according to the program of caregivers / patients with acute cerebrovascular disease admitted in Rayong Hospital. Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi 2014;25(1):78- 89.
9. Wattanasin P. The ability of caregivers and urinary tract infections of women with stroke who received caregiving support programs and caregivers. [Master of Nursing Science Thesis] Bangkok: Rangsit University; 2013.
10. Kunphurk B, Kumpolsiri T, Lasuka. The effectiveness of using clinical guidelines for pressure ulcers in stroke patients. Journal of Nursing 2010;32(2):155-69.
11. Huang JY, Zhang DY, Yao Y, Xia QX, Fan QQ. Training in swallowing prevents aspiration pneumonia in stroke patients with dysphagia. The Journal of International Medical Research 2006;34:303-306.
12. Martino R, Silver F, Teasell R, Bayley M, Nicholson G, Streiner DL, et al. The Toronto bedside swallowing screening test (TOR-BSST): Development and validation of a dysphagia screening tool for patients with stroke. Journal of the American Heart Association 2009;40:555-61.

13. Trapl M, Enderle P, Nowotny M, Teuschl Y, Matz K, Dachenhausen A, et al. Dysphagia bedside screening for acute stroke patients: the gugging swallowing screen. Journal of the American Heart Association 2007;38:2948-52.
14. Patanan C, Namjuntra R, Supametaporn P. Effects of a home-based care program on self-care behaviors and blood pressure in uncontrolled hypertensive patients. Journal of the Royal Thai Army Nurses 2012;13(1):72-80.
15. Panadda S. The effect of nursing according to the objective achievement theory on health behavior and quality of life of people with heart failure. [Master of Nursing Science Thesis] Chiang Mai: Chiang Mai University; 2008.
16. King, I.M. A theory for nursing systems, concept, process. New York: A Wiley Medical Publication; 1981.
17. Thanumoh J, Oba N, Tansupasawadikum S. The effect of a target achievement program on alcohol consumption behavior and blood pressure levels in patients with hypertension. Journal of Nursing and Health 2016;10(3):96-107.
18. Siliva LF, Moreira TMM, Almeida PC, Freitas MC, Guedos MVC. Nursing care to patients with diabetes based on King's Theory. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018 [cited 2020 May 10]; 71(3):1092-8. Available from: http://dx.doi. Org/10. 1590/0034-7167-2016-0268.
19. Saensakdi S, Chaichet P, Kingchan S. Prevention of urinary tract infections from urinary catheterization in orthopedic patients, orthopedic surgery Khon Kaen Hospital. Journal of Public Health 2014;23(2):323-34.